



VERBALE DI INFORMAZIONE E ATTESTAZIONE DI CONSENSO/ NON CONSENSO AD ATTIVITÀ SANITARIE per atti sanitari privi di modulo specifico

I sottoscritti:

Sig./Sig.ra

Dott.

(se presente) altra persona in qualità di

sono a dare atto di aver discusso di quanto segue.

MOTIVO DELL'INDAGINE (per le attività diagnostiche) CONDIZIONE PATOLOGICA E RISCHI CONNESSI AL DECORSO NATURALE IN CASO DI MANCATO TRATTAMENTO (per le attività terapeutiche)

GIST DIGIUNALE SOSPETTO, GIA' STUDIATO CON:

- TC TORACE - ADDOME
- PET 18 - FDG
- RISONANZA MAGNETICA ADDOME
- VIDEO CAPSULA ENDOSCOPICA

ATTIVITÀ PROPOSTA

DENOMINAZIONE REVISIONE MULTIDISCIPLINARE delle IMMAGINI delle TC TORACE - ADDOME

BENEFICI ATTESI E LIMITI DELL'INDAGINE (per le attività terapeutiche) BENEFICI ATTESI E CONSEGUENZE NEGATIVE PREVEDIBILI E NON EVITABILI (per le attività terapeutiche)

DIAGNOSI E DEFINIZIONE ITER DIAGNOSTICO

MODALITÀ ESECUTIVA RIUNIONE MULTIDISCIPLINARE



POSSIBILI COMPLICANZE / EFFETTI AVVERSI

PERSONALIZZAZIONE DEL RISCHIO IN BASE AD ETÀ ED EVENTUALI CO-MORBILITÀ, TERAPIE FARMACOLOGICHE IN CORSO E/O ALTRI FATTORI DI RISCHIO

ALTRE INFORMAZIONI

POSSIBILE NECESSITÀ DI VARIAZIONI MODALI IN CORSO DI SVOLGIMENTO E LORO CONSEGUENZE (campo opzionale a seconda dell'attinenza all'atto sanitario)

NECESSITA' DI NUOVI ESAMI STRUMENTALI

POSSIBILE RISCONTRO DI DIVERSA PATOLOGIA IN CORSO DI PROCEDURA E CONSEGUENTI OPPORTUNITÀ DI CONTESTUALE TRATTAMENTO (per le attività terapeutiche) (campo opzionale a seconda dell'attinenza all'atto sanitario)

TEMPI MEDI DI CONVALESCENZA, SALVO EVENTUALI COMPLICANZE (campo opzionale a seconda dell'attinenza all'atto sanitario)

POSSIBILI MODALITÀ ALTERNATIVE

Oltre a quanto sopra, si è anche reso noto che:



- non è possibile garantire in senso assoluto il successo dell'atto sanitario e si può, dunque porre indicazione a svolgimento di attività sanitarie di altro tipo e/o ripetizione nel tempo di nuove attività dello stesso tipo;
- è possibile rivolgersi ad altre strutture sanitarie per lo svolgimento dell'indagine indicata;
- è possibile revocare il consenso in qualsiasi momento fino a prima dell'atto sanitario;
- è possibile che per sopravvenute urgenze o altre esigenze organizzative l'attività sanitaria di cui al presente documento sia differita.

RICHIESTE DI PARTICOLARI PRECISAZIONI DA PARTE DELL'INTERESSATO/A E RISPOSTA:

DISPONIBILITA' ALLA PUBBLICAZIONE DELLA PROPRIA STORIA CLINICA CORE
CASE - REPORT.

Si dà atto che per le informazioni di cui sopra:

- non vi è stata necessità di interprete / mediatore culturale
 sono state discusse con l'aiuto dell'interprete / mediatore culturale:
 Sig./Sig.ra _____ Firma _____

Alla luce di quanto sopra, io sottoscritto soggetto interessato:

- 1) Confermo di aver ben compreso le informazioni discusse e il contenuto informativo del presente scritto, e di aver ricevuto estratto informativo scritto relativo a quanto sopra.
- 2) Alla luce di ciò:
 ACCONSENTO NON ACCONSENTO all'attività sanitaria proposta, ribadendo di averne compreso in particolare la finalità, i limiti, i rischi, nonché le eventuali possibili alternative e l'eventuale necessità di variazione modale in corso di svolgimento della stessa.
- 3) Ho anche compreso di poter richiedere ulteriori chiarimenti e di poter revocare il consenso in qualsiasi momento fino a prima dell'atto sanitario.

Data colloquio: _____

05/12/2021

Data acquisizione consenso / non consenso: _____

07/12/2021

Firma dell'interessato/a _____

Firma altra persona (se presente) _____

Si prende atto delle volontà espresse dall'interessato/a.

ASST PAPA GIOVANNI XXIII
FROSIO dott. Fabio
SFBA86D22A794R

Firma del Medico che ha discusso le informazioni _____

(matr. 11657)